UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOMES ROUGES

DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1913

PAR

Louis PY

Né à Bédarieux, le 12 Décembre 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

BAUMEL, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Profes. adj. } *Assesseurs.*
MASSABUAU, Agrégé
EUZIERE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOMES ROUGES DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOMES ROUGES

DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1913

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Louis PY

Né à Bédarieux, le 12 Décembre 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

BAUMEL, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Profes. adj
MASSABUAU, Agrégé
EUZIERE, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des t.

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *prof., prés.* | MM MASSABUAU, *agrégé.*
DE ROUVILLE, prof. adj. | EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE FRÈRE

LE DOCTEUR JEAN PY

Au cours des trop courtes années qu'il a passées parmi nous, il nous a constamment donné l'exemple d'une conscience droite et d'une bonté sans égale. Tous ceux qui l'ont connu l'ont apprécié et unanimement regretté. Son souvenir est profondément gravé dans notre cœur : il restera ineffaçable.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En gage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒUR

MEIS ET AMICIS

L. PY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

A TOUS MES MAITRES

L. PY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOMES ROUGES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

En 1905, M. le professeur Pollosson, de Lyon, signale pour la première fois une variété de tumeur utérine qu'il dénomme « Myôme rouge », à cause de la couleur de viande crue que présentait la tranche de cette tumeur.

Dans la suite (en 1909 et 1911) M. Pollosson a mentionné trois autres cas semblables.

M. le docteur Termier, de Grenoble, en rapporte un cas dans le *Dauphiné Médical,* de 1911. Tout récemment M. le professeur de Rouville, de Montpellier, expose à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris une observation sur un « Myôme rouge compliquant une grossesse ».

Tel est le point de départ de notre étude.

MYOMES ROUGES DE L'UTERUS

Le myôme rouge est une variété de myôme utérin caractérisé cliniquement par un développement rapide, des douleurs vives dans le bas-ventre, une fièvre plus ou moins intense débutant d'ordinaire quelques jours avant les règles, et se maintenant assez élevée pendant toute la durée de ces dernières, enfin par des hémorragies profuses.

Anatomiquement, il s'agit de tumeurs encapsulées, atteintes de congestion.

Au point de vue histologique, on trouve dans le myôme rouge des fibres musculaires lisses, courtes, à noyaux très développés, et une abondance anormale des vaisseaux.

C'est ce qui ressort des observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet. Elles sont peu nombreuses, car le myôme rouge utérin est une tumeur d'une très grande rareté. M. le professeur de Rouville n'en a rencontré qu'un cas dont nous rapportons l'observation. M. le professeur Pollosson, de Lyon, en a publié quatre observations que nous lui empruntons.

MM. les docteurs Termier, dans le *Dauphiné Médical*,

Michel, dans le *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris,* et Crousse dans le *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles,* rapportent chacun un cas de « myôme rouge, encapsulé, à évolution rapide ».

OBSERVATIONS

Observation première

(Publiée par M. le professeur De Rouville)

Le 23 juin 1911, M. le docteur Guirauden est appelé d'urgence auprès d'une malade, Mme C..., de Cette, qu'il trouve dans un état alarmant: facies décomposé, pouls filiforme à 145, ventre très dur et très volumineux, siège de douleurs atroces; il constate une grossesse. Il est étonné par le volume anormal du ventre qui laisse deviner une tumeur ovoïde à grand axe oblique et dont le pôle supérieur vient se loger sous l'estomac: dimensions d'un utérus gravide de neuf mois; le palper est impossible, car il ravive les douleurs.

Etant donnés le volume de l'utérus, l'âge de la grossesse et la physionomie des accidents, M. Guirauden pense à une hémorragie massive rétroplacentaire survenant au sixième mois et demi de la grossesse. L'état général, s'aggravant rapidement, malgré les piqûres d'éther, de caféine et d'huile camphrée, il procède immédiatement à la dilatation manuelle du col; il éprouve une très grande

résistance de la part de l'anneau de Bandl. Il perce la poche des eaux et extrait un prématuré vivant de six mois et demi; l'utérus n'ayant diminué que de moitié, dans la crainte d'une grossesse gémellaire, il ligature le cordon du côté maternel. Dès l'ouverture de la poche des eaux, les douleurs abdominales se sont amendées, et l'amélioration persiste après extraction de l'enfant. M. Guirauden pratique alors le palper abdominal pour déterminer la position du second fœtus éventuel; sous l'influence de cette exploration peu brutale, il voit sortir spontanément, par l'orifice vulvaire, le placenta. Celui-ci, examiné avec soin est complet sans aucune trace de connexion avec une autre enveloppe ovulaire. Il n'y avait ni grossesse gémellaire, ni hémorragie rétro-placentaire. Pour plus de précision, la main est introduite dans l'utérus, promenée en tous sens dans sa cavité; celle-ci est absolument vide et ne renferme pas le moindre caillot sanguin. Cette exploration, par contre démontre à l'opérateur l'existence d'une tumeur fibreuse, assez dure, volumineuse, et qui semble faire corps avec la paroi latérale gauche de l'utérus. Ecoulement de sang *post-partum* peu abondant. Injection intra-utérine.

La famille est prévenue de l'existence de la tumeur et, dit M. Guirauden, je rentre chez moi, laissant la sage femme surveiller les complications possibles. Il est 1 heure du matin. A 5 heures on m'appelle d'urgence pour assister, paraît-il, à l'expulsion d'un second fœtus que la malade sent parfaitement remuer. Au toucher, pas le moindre fœtus en perspective. Dans la soirée du samedi, les douleurs se réveillent; le lendemain elles sont intolérables comme au moment de l'accouchement; elles durent quinze minutes avec courts intervalles d'apaisement relatif.

Dimanche, vers 10 heures du matin, je trouve des pertes

modérées, mais un ventre qui se tympanise; la malade a des vomissements; son pouls faiblit de plus en plus. La température est normale. Glace sur le ventre; le soulagement est immédiat et l'amélioration s'accentue nettement dans les heures qui suivent. Toutefois, dans la crainte de nouveaux accidents, j'expédie la malade dans le service de M. le professeur de Rouville afin qu'il intervienne dans le moment qui lui paraîtra le plus favorable.

Je vois, en effet, la malade, dit M. de Rouville, à son entrée dans mon service, le 25 juin 1911 à 9 heures du soir. Le facies est bon; le pouls est à 80, bien frappé; la température à 36°8; le ventre est souple et sonne partout, sauf au niveau de la tumeur; il est indolore. Il n'y a aucune indication à intervenir d'urgence. La tumeur, facilement perceptible, remonte à trois travers de doigts au-dessus du pubis; elle empiète un peu sur le flanc gauche; elle est plus rénitente que dure, très mobile transversalement, régulièrement arrondie; sa mobilisation ne provoque que peu de douleurs. Le col est en arrière, gros et déchiré; l'utérus est en antéversion et remonte à mi-chemin de l'ombilic, la mobilisation du corps mobilise peu le col. Hystérométrie: 8 centimètres. Je laisse la malade se remonter pendant quelques jours et j'interviens par voie abdominale: hystérectomie abdominale subtotale. J'enlève, ainsi que ses annexes, l'utérus. Il n'y a pas trace de péritonite; l'appendice est sain; les annexes ne sont le siège d'aucun processus inflammatoire. Guérison rapide sans incident. Examiné aussitôt après l'intervention, l'utérus apparaît comme le siège d'un volumineux fibrome interstitiel occupant toutes les faces, les bords et le fond de l'organe et ayant refoulé vers la droite et aplati transversalement la cavité utérine. Le cas anatomique serait en somme assez banal, si, de l'examen très autorisé que M. le

professeur agrégé Massabuau a bien voulu faire de cette pièce, il ne résultait que nous avions eu affaire à un de ces cas rares et fort intéressants de « myômes purs de l'utérus ». Voici la note qu'a bien voulu nous remettre M. Massabuau :

« La tumeur utérine examinée est constituée par des amas de fibres musculaires lisses très rapprochées les unes des autres et séparées par de minces travées conjonctives. Les amas sont coupés de diverses façons, les uns parallèlement à l'axe des fibres musculaires, les autres perpendiculairement ou obliquement : les fibres lisses qui constituent ces amas ont une structure caractéristique.

Les vaisseaux sont nombreux dans la tumeur, dilatés, à parois épaisses : autour de quelques-uns existe une couronne nette de cellules conjonctives jeunes dont les noyaux présentent des figures de division et qui s'allongent progressivement pour prendre le type fusiforme ; il est difficile de préciser davantage leurs rapports avec les fibres lisses, mais en aucun point nous n'avons vu de figure qui permette de penser à la transformation d'une de ces cellules fusiformes en fibres lisses proprement dites. Les ovaires ont subi la dégénérescence microkystique.

En résumé, il s'agit d'un myôme pur de l'utérus, accompagné d'ovaires micro-polykystiques.

Observation II

(publiée par M. le professeur Pollosson, de Lyon, dans le *Lyon Médical* de 1905)

A. M..., femme B..., 32 ans, habitant Lyon, entre à la clinique le 14 octobre 1904. Réglée à 13 ans, régulièrement tous les 28 jours, ses règles durent cinq à six jours. Elles ont toujours été douloureuses au début. Mariée à 25 ans, une grossesse à 26 ans, terminée par une fausse couche à trois mois et demi.

En juillet 1904, la malade eut quelques douleurs abdominales peu vives. C'est à leur occasion que la malade, en se palpant l'abdomen se découvrit une masse dure, grosse comme une orange. En août et septembre, pas de douleurs, règles régulières. En octobre, huit jours avant l'entrée, apparaissent des douleurs très vives avec un maximum péri-ombilical. Ces douleurs ne sont accompagnées ni de ballonnement de l'abdomen ni de vomissements. Les dernières règles dataient du 18 septembre et les prochaines étaient attendues pour le 16 octobre. Ce n'était donc pas à l'occasion des règles qu'étaient survenues ces douleurs, mais plutôt deux jours auparavant. La malade a été obligée de renoncer à ses occupations et de garder le lit dans la journée. Elle a, toutefois, cru pouvoir se rendre au cabinet de M. Pollosson qui, après un examen sommaire, mais frappé tout de suite par l'état douloureux de cette malade, la fait entrer dans son service à la Charité, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu ou de fibrome gangréné. On a été obligé de faire des piqûres de mor-

phine à la malade. La température est de 38°2 le premier soir, de 37°9 le matin, et de 38°9 le lendemain soir. La malade a ainsi continué à osciller entre 37°6 et 38°6 pendant les dix jours qui ont précédé l'opération. La malade ayant pris ses règles au troisième jour de son entrée, on renvoie la date de son intervention.

Le 25. Hystérectomie abdominale totale. Suites simples La malade part le 18 novembre.

L'utérus pèse 1050 gr. (14 centimètres). La cavité utérine est en arrière. Il s'agit d'une masse fibromateuse unique, du volume des deux poings, logée dans la paroi antérieure de l'utérus, parfaitement énucléable et entourée d'une capsule épaisse de plus de 3 centimètres à strates concentriques.

La tumeur elle-même a une coloration rouge, vineuse, rappelant tout à fait celle du coing cuit. Au toucher cette tumeur est mollasse, résistante à la pression, dépourvue d'élasticité. Par place, il y a très nettement des infiltrations sanguines et de véritables taches ecchymotiques, ailleurs la teinte uniformément congestive prédomine.

Histologiquement: il s'agit d'un myôme pur à fibres musculaires lisses, courtes, à noyau très développé, avec fuseau coloré par l'éosine d'une façon nette. Ce qu'il y a de remarquable dans cette préparation, c'est l'abondance des vaisseaux, ce sont de petites artérioles bourrées de globules avec quelques hémorragies interstitielles.Tout autour de ces vaisseaux, ce sont des espaces clairs, des mailles remplies d'une substance incolore à l'hématoxyline-éosine, mais dans laquelle baignent de nombreux globules rouges et blancs. Plus loin, disposées d'une façon concentrique par rapport à cet espace et aux vaisseaux, sont des cellules jeunes et à noyaux volumineux, prenant fortement le colorant. Somme toute, il s'agit histologique

ment d'un myôme jeune avec vascularisation très abondante et hémorragies interstitielles.

Observation III

(publiée par M. le professeur Pollosson, dans le *Lyon Médical* de 1905)

X..., 48 ans. Deux accouchements, dont le dernier date de neuf ans. Pas de fausse couche. Aucune maladie antérieure. Réglée à 14 ans, toujours très régulièrement. Il y a neuf ans, au moment de son accouchement, la sage-femme remarqua une tumeur abdominale. Depuis un an les règles ont augmenté de durée et sont devenues beaucoup plus abondantes, surviennent toutes les trois semaines et durent huit jours chaque fois.

La malade ne s'est aperçue de sa tumeur qu'il y a un an, au niveau du bas-ventre. Depuis, cette tumeur a grossi d'une façon insensible. Il y a cinq semaines la malade fut prise d'une crise très douloureuse, elle souffrait dans le bas-ventre, ne pouvait dormir ni la nuit, ni le jour, et son médecin, M. le docteur Pacot, fut obligé de lui faire plusieurs piqûres de morphine. Pas de ballonnements du ventre; pas de phénomènes péritonéaux; la palpation de la tumeur abdominale était douloureuse; un peu de fièvre, dit la malade. Elle fut obligée de garder le lit ainsi pendant trois semaines et elle ne fut soulagée que par l'apparition de ses règles vers le douzième jour après le début de ses douleurs.

C'est autant par crainte du retour d'une véritable crise, qu'à cause de ses pertes considérables survenues depuis un mois, qu'elle se décide à se faire opérer.

Entrée à la Charité le 2 mai 1905.

A l'examen, il s'agit d'un utérus fibromateux du volume d'une tête de fœtus de trois travers de doigts.

Intervention le 4 mai (M. le professeur A. Pollosson). Hystérectomie totale suivant le procédé de Richelot. Opération très régulière, sans incidents; suites simples. La malade part au dix-septième jour.

Examen de la pièce : la tumeur comporte trois petits fibromes sous-péritonéaux calcifiés du volume d'un œuf à une noix.

La tumeur principale est formée par un myôme interstitiel, développé dans la paroi antérieure de l'utérus, et qui, à la coupe, apparaît avec une couleur rouge hortensia. Il s'agit d'un myôme unique entouré d'une capsule épaisse, mesurant plus de deux centimètres. Cette coque incisée, le myôme fait pour ainsi dire hernie.

La consistance de ce tissu musculaire, de ce myôme rouge, présente une certaine mollesse; il s'affaisse facilement sous la pression du doigt et est dépourvu d'élasticité. La cavité utérine est agrandie: 12 centimètres. La muqueuse ne présente pas d'hypertrophie notable; trompes saines. Sur les ovaires, pas de corps jaunes évidents.

L'examen histologique du myôme révèle un tissu très vasculaire avec des vaisseaux bourrés de globules rouges et ayant déversé leur contenu en dehors de leurs parois dans les mailles du tissu ambiant. Celui-ci est essentiellement formé de fibres musculaires courtes, pressées les unes contre les autres sans tissu conjonctif intermédiaire, se disposant d'une façon très régulière. Les noyaux sont volumineux, occupent presque tout le corps de la cellule, qui les fait ressembler tout à fait à des fibres musculaires lisses embryonnaires.

Observation IV

(publiée par MM. Violet et Alamartine, *Lyon Médical*, 1909)

La femme qui a fourni la pièce dont il est question dans cette observation, était âgée de 48 ans. Réglée à 15 ans et toujours très régulièrement, elle a eu, entre 21 et 29 ans, trois accouchements qui furent normaux. Son histoire pathologique remonte seulement à deux ans. Depuis cette époque les règles sont devenues très abondantes, durant huit jours et renferment des caillots. De plus, elles s'accompagnent de douleurs qui commencent trois jours avant l'écoulement. Depuis deux mois les douleurs sont devenues très vives et la malade a dû s'aliter.

A l'entrée dans le service on constate, par la palpation abdominale et le toucher bi-manuel, la présence d'une tumeur utérine occupant le petit bassin où elle s'enclave, et remontant dans l'abdomen jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. Cette tumeur est extrêmement douloureuse; il est du reste impossible de sentir les annexes. La température de la malade s'est élevée à 38°8 quatre jours avant les règles. Pendant toute la durée de ces dernières, qui furent très abondantes, elle s'est maintenue entre 38°5 et 39°5.

En présence de cette histoire pathologique, et notamment en raison de la douleur et de la température élevée, la première idée qui vient à l'esprit était celle d'un fibrome utérin compliqué de lésions annexielles en voie de sphacèle.

L'intervention pratiquée le 24 mai par M. Violet, vint réformer ce diagnostic. En réalité, il s'agissait d'un volumineux myôme encapsulé développé sur la face antérieure de l'utérus au niveau de la portion inférieure du corps et s'étant encloué dans le petit bassin. Il fut impossible d'attirer l'utérus en dehors de l'abdomen, la volumineuse masse antérieure s'accrochant sous la symphyse pubienne. On se décida donc à pratiquer au préalable une myomectomie qui fut rendue très facile par l'existence d'un plan de clivage lâche. L'intervention se termina sans incident par une hystérectomie abdominale totale. Suites simples. Dès le surlendemain de l'opération la malade était apyrétique et l'est restée depuis.

Le myôme enlevé avait, à la coupe, une couleur rouge. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un myôme à peu près pur, avec des vaisseaux très abondants et des hémorragies interstitielles. Ici et là on trouve des zones d'accroissement à aspect myxomateux..

Observation V

(publiée par M. Mazet, *Lyon Médical*, 1911)

F. Q..., 37 ans, pas de maladie de l'enfance. Réglée à 10 ans et demi. Règles toujours régulières et durant trois jours. Chlorose à l'âge de 15 ans jusqu'à son mariage à l'âge de 27 ans; pas de grossesse; pas de fausse couche; soignée pour de la métrite il y a trois ans. Il y a cinq mois, apparition de douleurs assez vives dans le bas-ventre avec irradiations dans les cuisses, surtout du côté droit.

Depuis, augmentation du volume du ventre; métrorragies peu abondantes et continuelles depuis un mois seulement.

A l'examen, col utérin élevé, en arrière de la symphyse. Utérus dur, dont le fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au niveau de la fosse iliaque droite, on a, à la palpation, une sensation de résistance avec douleur à la pression, pouvant faire songer à une annexite surajoutée. Cette masse droite n'est pas perçue par le toucher vaginal.

A l'entrée dans le service: 38°9 le soir, 38° le matin. Le 13 janvier, intervention. Par le procédé de Richelot, M. Pollasson enlève un utérus fibromateux, gros comme une tête d'adulte, avec annexite droite suppurée, du volume d'un poing, adhérente; trompe oblitérée, à contenu séreux.

Après incision médiane de l'utérus, le myôme fait hernie. Il s'agit d'un myôme unique, de coloration rouge vineux et de consistance assez mollasse. La cavité utérine est en arrière; la masse fibromateuse unique, du volume d'une tête fœtale est développée au niveau de la paroi antérieure de l'utérus. Elle est entourée d'une capsule épaisse de 3 centimètres environ.

A l'examen microscopique on voit des fibres musculaires, lisses, courtes, à noyaux très développés, et on constate une abondance anormale des vaisseaux bourrés de globules, avec quelques hémorragies interstitielles.

Il existe encore trois observations de myômes rouges que nous n'avons pas pu nous procurer:

La première de M. Michel (G.): « Myôme rouge encapsulé (*Bull. de Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1912).

La deuxième de Crousse : « Un cas de fibromyôme rouge à évolution rapide » (*Bulletin de Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, Bruxelles, 1912).

La troisième d'Albertin : « Myôme lie de vin ». *Lyon Médical* de 1912.

INTERPRETATION

Les myômes rouges sont donc constitués, histologiquement, par des fibres musculaires lisses et des vaisseaux, en très grande abondance. L'hyperplasie musculaire est la même qui produit tous les myômes ; mais à quoi attribuer l'hypervascularisation qui caractérise les myômes rouges ? S'agit-il de myômes en voie de dégénérescence maligne ou de sphacèle ? L'examen histologique montre que les myômes rouges, sont uniquement formés d'éléments jeunes en état de reproduction active, et non de zones difficilement colorables et partiellement nécrosées caractéristiques des tumeurs en voie de sphacèle. Et d'ailleurs, cliniquement, s'il s'agissait de gangrène, l'affection évoluerait d'une façon continue et non par poussées successives alternant avec des périodes où le myôme est latent.

Faut-il voir dans le myôme rouge une congestion inflammatoire intense venant se surajouter à un myôme banal ? S'il s'agissait simplement d'expliquer la coloration rouge, l'hyperhémie de la tumeur, on pourrait adopter cette explication ; mais l'examen histologique nous montre que nous nous trouvons en présence d'une véritable « hyperplasie vasculaire », que nous ne saurions expliquer par de la congestion.

Nous pensons, avec le docteur Termier, qu'il ne s'agit ni d'une dégénérescence secondaire ni d'une inflammation surajoutée, mais bien d'une forme spéciale, réalisée d'emblée.

Le myôme rouge utérin paraît être un « angiomyôme », à point de départ angiectasique: une néoplasie à la fois musculaire et vasculaire; c'est-à-dire que la paroi utérine serait d'abord le siège d'une néoformation intense de capillaires sanguins, par le processus admis, sans être établi, du bourgeonnement des anses capillaires normales. A cette hyperplasie vasculaire succèderait l'hyperplasie musculaire,d'où la formation d'une tumeur musculaire hypervascularisée, présentant nettement la coloration rouge signalée dans les diverses observations.

La capsule d'enveloppe serait due au refoulement du tissu conjonctif voisin et à la néoformation de ses éléments sous l'influence de la tumeur agissant comme un corps étranger.

Cette interprétation de l'histogénèse du myôme rouge permet d'en expliquer les manifestations cliniques: *évolution rapide, douleurs vives, élévation de la température, hémorragies.*

Si nous définissons le myôme rouge: « une tumeur musculaire télangiectasique », son accroissement rapide s'explique aisément. On admet généralement aujourd'hui (Klebs, Kleinwachter, et Pilliet l'ont établi les premiers), que le myôme se développe autour d'un vaisseau sanguin, est composé de lobules agglomérés constituant chacun une unité histologique, ayant chacun au centre un vaisseau axile qui est l'origine de la formation néoplasique. Le point de départ histogénique est le développement anormal du système vasculaire utérin dû aux variations considérables de la circulation utérine (pendant la grossesse, à

l'occasion des règles, consécutivement à une métrite). Ce développement du système vasculaire a pour conséquence une réaction hypertrophique du muscle: les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaires jeunes, formant tout autant de noyaux myômateux. Si dons nous admettons que, dans le myôme rouge, l'hyperplasie musculaire est précédée d'hyperplasie vasculaire intense constituant une véritable télangiectasie, chacun des capillaires étant le centre de formation néoplasique d'un lobule du myôme, nous allons voir se développer simultanément une multitude de lobules autour des innombrables capillaires néoformes; de là l'accroissement si rapide du myôme.

Les douleurs vives ne sont qu'une conséquence de cet accroissement rapide du volume de la tumeur. Le tissu conjonctif voisin, destiné à constituer la capsule du myôme ne peut se laisser refouler si rapidement sans réagir par de la douleur. La néoformation de ses éléments, sous l'influence de la tumeur, agissant comme un corps étranger, n'est pas suffisamment intense pour permettre impunément une si prompte distension. A son tour la tumeur étant obligée de refouler énergiquement sa capsule, subit une compression importante. Il y a donc deux éléments provoquant les douleurs vives: d'une part, la distension forcée du tissu conjonctif de la capsule; d'autre part, la compression exercée par la capsule sur la tumeur.

Quelle est la cause de l'élévation thermique? M. Von Franqué pense que l'hyperthermie dans les cas de tumeurs stériles est due à la résorption des parties dégénérées ou nécrosées. M. A. Sitzenfrey contrôle ces dires en ensemençant sur différents milieux des parcelles de tumeurs aussitôt après l'opération: les préparations demeurèrent stériles; tandis qu'il constata dans ces différentes tumeurs, soit de la nécrose de nodules isolés ou de territoires plus

ou moins étendus soit une thrombophlébite d'une grosse veine variqueuse du myôme, soit un ramollissement de la tumeur par suite de torsion. Ce n'est point le cas du myôme rouge : toutes les observations de cette particularité de tumeur insistent sur ce fait que le myôme rouge est formé de cellules jeunes à noyaux volumineux, qu'il « s'agit histologiquement d'un myôme jeune ». Il ne peut donc pas être question de dégénérescence ou de nécrose.

Il ne reste qu'à attribuer l'élévation de la température au processus inflammatoire qui semble être le point de départ des néoformations aboutissant à la constitution du myôme rouge, inflammation qui persisterait pendant toute l'évolution de la tumeur. Dans l'observation publiée par M. le professeur de Rouville, il convient de tenir compte de l'existence, chez la malade de l'élément grossesse. Il est certain que la puerpéralité exerce une influence sur les myômes interstitiels en dehors même de l'infection dont elle est pour eux la cause fréquente : au cours de la grossesse, les myômes s'accroissent, se congestionnent, s'œdématient. Ces considérations n'enlèvent cependant pas au processus inflammatoire sa part d'action dans la production de l'hyperthermie accompagnant l'évolution du myôme rouge.

Quant aux hémorragies profuses, leur étiologie est des plus simples. L'augmentation de la pression dans les capillaires et les petites veines peut suffire à elle seule, sans le secours d'altérations de la paroi, à provoquer la rupture des vaisseaux. Dans le cas qui nous occupe, il y a certainement augmentation de la pression sanguine, mais les hémorragies sont surtout dues à la faiblesse de résistance des néocapillaires. Il est tout naturel que des vaisseaux néoformés se laissent déchirer très facilement, leurs parois n'étant pas complètement constituées. De plus, dans les

myômes rouges, la compression exercée par la capsule produit une hypertension considérable.

Nous ne parlerons pas de la technique opératoire : myomectomie ou hystérectomie totale abdominale ; l'indication est fournie par le volume de la tumeur et l'étendue de son siège. Ici la fièvre n'est pas une contre-indication et il faut opérer, même au moment des poussées.

Quant à l'étiologie elle est aussi obscure que celle des autres tumeurs ; nous n'avions d'ailleurs pas l'intention de nous y arrêter. Nous avons simplement voulu essayer d'établir, d'après les quelques rares observations que nous avons pu recueillir, une hypothèse sur la constitution et la formation des myômes rouges.

CONCLUSIONS

I. Le myôme rouge utérin semble être le résultat de deux processus distincts, mais à effets combinés : néoformation vasculaire et hyperplasie musculaire. On pourrait lui donner le nom de « myôme télangiectasique ».

II. Le myôme rouge se caractérise cliniquement par : une évolution rapide, des douleurs abdominales vives, de l'hyperthermie, et des hémorragies profuses.

III. Le myôme rouge est toujours « encapsulé ».

IV. La fièvre n'est pas une contre-indication de l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

De Rouville. — Myôme pur de l'utérus compliquant la grossesse. Bull. de Soc. obst. et gynéc. de Paris, déc. 1911 et fév. 1912.

Pollosson et Violet. — Deux cas de myômes rouges encapsulés. Lyon médical, 1905.

Violet et Alamartine. — Myôme rouge encapsulé. Lyon médical, 1909.

Pollosson et Mazet. — Gros myôme rouge encapsulé à évolution rapide. Lyon Médical, 1911.

Termier. — Fibromyôme rouge. Dauphiné Médical, juillet 1911.

Albertin. — Myôme lie de vin. Lyon Medical, 1912.

Michel (G.). — Myôme rouge encapsulé de l'utérus. Bull. de Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 1912.

Crousse. — Un cas de fibromyôme rouge à évolution rapide. Bull. Soc. belge de gynéc. et d'obst., Bruxelles, 1912-1913.

Sitzenfrey. — Semaine médicale, n° 37, 1911.

Ziegler. — Anatomie pathologique.

Forgue. — Précis de pathologie externe.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Myômes rouges de l'utérus 13

Observations 15

Interprétation 17

1° Cause de l'hypervascularisation :
Dégénérescence maligne ? ou congestion inflammatoire surajoutée à un myôme banal ?

2° Cause de l'accroissement rapide.

3° Cause de la douleur.

4° Cause de l'hyperthermie.

5° Cause des hémorragies profuses.

Conclusions 33

Bibliographie 34

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1913.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !